

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/30 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a szemfenéki lézerkezeléshez (szakadás az ideghártya széli részén esetére) O.D. O.S.		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A SZEMFENÉKI
LÉZERKEZELÉSHEZ (SZAKADÁS AZ IDEGHÁRTYA SZÉLI RÉSZÉN ESETÉRE) O.D. O.S.**

1. Beteg¹ neve:..... **TAJ száma:**.....

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
Válasz: Szakadás az ideghártya széli részén.
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
Válasz: Fenti beavatkozást, melynek ellenére kialakulhat más helyen újabb szakadás.
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által a javasolt beavatkozásra?
Válasz: Látás fokozatos romlása, ideghártya-leválás, vakság.
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
Válasz: Látásélesség megőrzése, az ideghártya-leválás megelőzése.
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a legmondosabb ténykedés esetén is?
Válasz: Vérzés, gyulladás, éleslátás helyének károsodása, szaruhártya elszürkülése, másodlagos szemnyomás emelkedés, ritkán szürke hályog képződése, utóhályog kialakulás, lencse vagy műlencse helyváltozása, ideghártya leválása, melyek látásromlást, megvakulást, okozhatnak, esetleg a szemgolyó eltávolítását tehetik szükségessé.
- 6. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
Válasz: Helyi: cseppérzéstelenítés.
- 7. Kérdés: A fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is?
Válasz: -

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:.....
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **3. A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT A SZEMFENÉKI LÉZERKEZELÉSRŐL (SZAKADÁS AZ IDEGHÁRTYA SZÉLI
RÉSZÉN ESETÉRE) O.D. O.S.**

A SZEMFENÉKI LÉZERKEZELÉSBE (SZAKADÁS AZ IDEGHÁRTYA SZÉLI RÉSZÉN ESETÉRE) O.D. O.S. BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam szemfenéki lézerkezelés (szakadás az ideghártya széli részén esetére) O.D. O.S. elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatlal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/30 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a szemfenéki lézerkezeléshez (szakadás az ideghártya széli részén esetére) O.D. O.S.		Oldalszám: 2/2

Ezúton nyilatkozom, hogy a szemfenéki lézerkezeléshez (szakadás az ideghártya széli részén esetére) O.D. O.S.
 hozzájárulok nem járulok hozzá. (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Kelkezés helye, ideje:

.....
 (tájékoztató/felvilágosító orvos
 neve olvashatóan)

.....
 (beavatkozást végző orvos
 neve olvashatóan)

.....
 (nyilatkozó személy neve
 olvashatóan)

.....
 (tájékoztató/felvilágosító orvos
 aláírása, ph.)

.....
 (műtétet/beavatkozást végző
 orvos aláírása, ph.)

.....
 (nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
 korlátozottan cselekvőképes beteg cselekvőképtelen beteg
 törvényes képviselő nyilatkozattételre jogosult személy** (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

.....
 (kezelőorvos neve olvashatóan)

.....
 (tanú neve)

.....
 (tanú neve)

.....
 (kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
 (tanú lakcíme)

.....
 (tanú lakcíme)

*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.